

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

Par

FLORES, Carlos

Né le 2 Septembre 1905 à Moquegua (Pérou)

présentée

A PROPOS DES INDICATIONS
DE L'OVARIOTOMIE
AU COURS DE LA GESTATION

Professeur : M. COUVELAIRE

Imp. «La Médicale», 22, Rue du Dr. Potain, Paris (19^e)

LE DOYEN TIFFENEAU.

1.- PROFESSEURS

<i>Anatomie</i>	ROUVIÈRE.
<i>Physiologie</i>	LÉON BINET.
<i>Physique médicale</i>	STROHL.
<i>Chimie médicale</i>	POLONOVSKI.
<i>Bactériologie</i>	ROBERT DEBRÉ.
<i>Parasitologie et histoire naturelle méd.</i> ..	BRUMPT.
<i>Pathologie et thérapeutique générales</i> ...	BAUDOUIN.
<i>Pathologie médicale</i>	ABRAMI.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	MONDOR.
<i>Anatomie pathologique</i>	LEROUX.
<i>Histologie</i>	CHAMPY.
<i>Pharmacologie et matière médicale</i>	TIFFENEAU.
<i>Thérapeutique</i>	HARVIER.
<i>Hygiène et médecine préventive</i>	TANON.
<i>Médecine légale</i>	BALTHAZARD.
<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie</i>	LAIGNEL-LAVASTINE.
<i>Pathologie expérimentale et comparée</i> ...	FIESSINGER.
<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie</i>	CHIRAY.
<i>Clinique médicale</i>	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
<i>Hygiène et clinique de la première enfance</i>	LEREBoullet.
<i>Clinique des maladies des enfants</i>	NOBÉCOURT.
<i>Clinique des maladies mentales</i>	
<i>et des maladies de l'encéphale</i>	H. CLAUDE.
<i>Cl. des maladies cutanées et syphilitiques</i>	GOUGEROT.
<i>Clinique des maladies du système nerveux</i>	GUILLAIN.
<i>Clinique des maladies infectieuses</i>	LEMIERRE.
	CUNÉO.
<i>Clinique chirurgicale</i>	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
<i>Clinique ophtalmologique</i>	TERRIEN.
<i>Clinique urologique</i>	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
<i>Clinique d'accouchements</i>	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
<i>Clinique gynécologique</i>	MOCQUOT.
<i>Clinique chirurgicale infantile et orthopédie</i>	OMBRÉDANNE.
<i>Clinique thérapeutique médicale</i>	RATHERY.
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	LEMAITRE.
<i>Clinique thérapeutique chirurgicale</i>	PIERRE DUVAL.
<i>Clinique propédeutique</i>	M. VILLARET.
<i>Clinique de la Tuberculose</i>	TROISIER.
<i>Cl. chirurgicale orthopédique de l'adulte</i>	MATHIEU.
<i>Clinique de cardiologie</i>	LAUBRY.
<i>Clinique de neuro-chirurgie</i>	CLÉOVIS VINCENT.



A PROPOS DES INDICATIONS
DE L'OVARIOTOMIE
AU COURS DE LA GESTATION

A MON PÈRE

*En témoignage de profond respect
et reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En souvenir inoubliable.

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

qui a voulu dignement accepter présider ma thèse.

En preuve d'admiration et reconnaissance.

A Monsieur le Professeur GOSSET
Membre de l'Institut,
Membre de l'Académie,
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

qui m'a toujours inspiré l'amour à la chirurgie.

A Monsieur le Professeur-Agrégé D^r PORTES
Accoucheur des Hôpitaux

*à qui je dois une reconnaissance sans limite,
qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A Messieurs les Professeurs-Agrégés :
PETIT-DUTAILLÈS,
FUNCK-BRENTANO,
PATEL.

Chirurgiens des Hôpitaux Drs :

CHARRIER,
JEAN GOSSET,
SAUVAGE,
HEPP.

Médecins des Hôpitaux Drs :

CARRIER,
LÉON KNIDBERG,
KOURILSKY.

Accoucheurs des Hôpitaux :

QUENIOT, LEPAGE, MAYER.

Aux Docteurs :

FRANÇOIS, SIMONNET, GARCIA CALDERON

A mes Maîtres de St. Germain-en-Laye :

D^r LARGET,
LAMARE

A MES COLLÈGUES DE ST. GERMAIN-EN-LAYE

A PROPOS DES INDICATIONS DE L'OVARIOTOMIE AU COURS DE LA GESTATION

La difficulté de poser une indication opératoire précise au cours de l'association gestation et kyste de l'ovaire, a été l'objet de nombreux travaux, et toujours, accoucheurs et chirurgiens ont discuté la gravité de l'opération et les conséquences qui se dégagent de celle-ci, surtout lorsqu'elle est pratiquée très précocement.

En suivant les principes de la vieille école française et en m'inspirant des notions biologiques actuelles, j'ai été amené sous la direction de mon grand Maître, le Professeur agrégé Docteur PORTES, à étudier la question et poser les conclusions qui se dégagent d'elle.

Ce travail comportera 3 chapitres :

- Dans le premier, je discute la physiologie du corps jaune au cours de la gestation ;

- Dans un 2^e on fait, dans l'ordre chronologique, les diverses étapes qui ont donné lieu aux faits cliniques observés ;

- Dans le 3^e chapitre, je rapporte des faits cliniques constatés depuis quelques années dans le service du Professeur COUVELAIRE et les conclusions qui en découlent.

CHAPITRE I.

PHYSIOLOGIE DU CORPS JAUNE PENDANT LA GESTATION

Pendant longtemps la physiologie du corps jaune est demeurée obscure et on se contentait d'émettre des théories:

Pour DE GRAAF, le corps jaune avait pour fonction de mettre l'œuf en liberté et de permettre ainsi la fécondation;

MALPIGHI considérait le corps jaune comme un organe de nutrition de l'œuf jusqu'au moment de son expulsion;

HALLER émettait l'idée que le corps jaune ne présentait aucun rôle et le considérait comme une oblitération de la cavité folliculaire après l'expulsion de l'œuf chez les femelles fécondées;

BUFFON considérait le corps jaune comme une glande de transition chargée d'élaborer le fluide seminal de la femme;

PFLUGER donne au corps jaune la fonction de combler la perte de substance occasionnée par l'expulsion du contenu de la cavité folliculaire;

WALDEYER croyait que le corps jaune avait pour fonction de rétablir dans l'ovaire un état de tension favorable à la rupture d'un autre follicule;

NAGEL et HOELZI voyaient dans l'organe un état de néoformation du tissu ovarique;

CLARK et HIS admettaient que la fonction du corps jaune consistait à favoriser le remaniement du parenchyme ovarique.

En 1897, BEARD attribuait au corps jaune la fonction de supprimer ou de faire avorter l'ovulation pendant la gestation.

En somme, aucune de ces opinions n'avait de base solide, car il manquait les résultats d'une étude microscopique que des expériences physiologiques rigoureuses pouvaient donner.

Ce sont les théories de BORN et FRAENKEL qui ont pu mettre au clair la fonction du corps jaune pendant la gestation.

En 1902, Born donne le premier l'idée que le corps jaune, d'après son aspect structural et son développement, représentait une glande à sécrétion interne et montrait le rôle de cet organe sur les modifications gravidiques de l'utérus; il conclut que la sécrétion interne du corps jaune devait être utile à la nidation de l'œuf.

Les élèves de Born, Fraenkel, Cohn, dans leurs mémorables expériences sur la lapine ont prouvé le rôle de la sécrétion du corps jaune dans les fonctions de nidation et suivie de l'œuf fécondé, en indiquant les méfaits de leur ablation.

De nombreux travaux ont suivi les expériences de Fraenkel qui aboutissaient aux mêmes conclusions.

Enfin en 1909, Ancel et Bouin avaient suivi les expériences de Fraenkel et démontré le rôle du corps jaune à la nidation de l'œuf.

Ces expériences ont été confirmées plus tard par Loeb.

Ce serait trop long d'énumérer tous les travaux faits à ce sujet; mais seulement, nous citerons les travaux de Mandl et Storansky qui ont démontré par des expériences chez la lapine, le rôle certain du corps jaune à la nidation de l'œuf fécondé.

Ces faits ont été transportés plus tard au domaine clinique, pour démontrer le rôle certain du corps jaune au cours de la grossesse.

Nous décrivons brièvement quelques expériences

d'exérèse du corps jaune et leurs résultats obtenus dans les différentes espèces;- Les résultats assez contradictoires de statistiques cliniques, ont ouvert un nouvel horizon dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Depuis les travaux de Fraenkel, nous dirons que le corps jaune apparait comme une glande à sécrétion interne, dont le rôle, au cours de la grossesse est indispensable.

Nous reprendrons, maintenant, le chapitre de Physiologie du corps jaune.

Tout d'abord, nous dirons deux mots sur l'origine du corps jaune.

Nous savons que le corps jaune provient du follicule de de Graaf.

En effet au bout d'un temps variable dans chaque espèce animale et par un mécanisme encore fort discuté, le follicule éclate, l'ovule qui en général a déjà subi des transformations mitotiques s'en échappe. C'est l'ovulation, immédiatement suivie par l'apparition à la place du follicule de de Graaf d'une glande endocrine nouvelle «le corps jaune».

C'est aux dépens des cellules granuleuses, jusque là sans caractères spécifiques, qui vont subir des transformations successives pour acquérir les caractères morphologiques de cellules sécrétrices.

Ce corps jaune atteint sa période d'état en 3 ou 4 jours chez la femme. Cette durée étant, par ailleurs très variable selon l'espèce considérée.

La durée de ce corps jaune est conditionnée par la vie de l'ovule. Si cet ovule n'a pas été fécondé, la glande lutéale subsiste très peu de temps, puis elle dégénère.

Mais comme chaque cycle amène la formation d'un nouveau corps jaune cette évolution lui a valu le nom de corps jaune périodique ou corps jaune Menstel.

Mais si l'ovule a été fécondé, le corps jaune persis-

te pendant une grande partie de la gestation, avec toutefois des variations suivant les espèces et devient le corps jaune gestatif, ou corps jaune de grossesse.

C'est ce corps jaune de grossesse dont nous décrirons la physiologie.

Donc, nous dirons que la grossesse est liée à une persistance ovarienne corps jaune périodique, en phase luteinique.

Jadis on considérait le corps jaune comme une glande de la gestation. Aujourd'hui le corps jaune est considéré comme une glande à sécrétion interne, qui présente de multiples fonctions; inhibitrice de l'ovule sur le développement de la glande mammaire, - action sur l'utérus, - sur la survie de l'œuf fécondé, sur le maintien de la grossesse après la nidation.

Etant donné la physiologie complexe de cette glande, les Physiologistes ont conclu que le corps jaune sécrète des hormones multiples; Une des plus connues et des mieux étudiées, serait l'hormone lutinique ou progestine.

C'est grâce à cette sécrétion hormonale que l'on pourrait expliquer en physiologie le rôle au cours de la nidation, et pendant l'évolution de la grossesse.

Le corps jaune est indispensable à l'évolution des premiers stades au moins de la grossesse.

Les études classiques de Prenant, Bon et Fraenkel ont bien montré le rôle du corps jaune, avant la nidation, - après l'implantation de l'œuf.

Nous serons très bref en ce qui concerne l'étude du corps jaune avant la nidation.

1° préparer le berceau utérin pour recevoir l'œuf fécondé,

2° il est indispensable à la survie de l'œuf fécondé avant la nidation.

La première fonction a été bien démontrée par les expériences de Bouin et Ancel chez la lapine;

Loeb chez le cobaye.

Ces auteurs ont conclu que la muqueuse, ainsi préparée, était prête à recevoir l'oeuf fécondé. Celui-la, en arrivant à son contact se comporterait vis-à-vis d'elle comme un corps étranger et réagit comme tel; en accélérant leur travail de prolifération: épithélial et chorial.

Une autre action du corps jaune, c'est celle de veiller à la survie de l'oeuf fécondé.

Les expériences d'Ance! et de Cerner sur les lapines, ont démontré que l'ablation des corps jaunes après l'accouplement aboutit à la mort de l'oeuf, et à la resorption ou expulsion.

La fonction la plus importante et qui mérite d'être décrite plus longuement est le rôle du corps jaune au maintien de la grossesse.

Le corps jaune qui a présidé à la survie de l'oeuf fécondé, à sa nidation, reste indispensable au maintien de la grossesse. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le corps jaune est indispensable pendant une grande partie de la gestation et que cette durée est variable selon l'espèce considérée.

C'est ainsi que chez la femme, le cobaye, l'ovaire devient assez rapidement inutile.

Des expériences de Fraenkel sur la lapine, Niskoubine, Wembennech, Mulon, sur le cobaye, ont toute abouti à cette conclusion: dans toutes les espèces le corps jaune joue un rôle principal au cours de la grossesse en signalant que la destruction du tissu lutéinique détermine l'avortement.

Corner et Allen avaient déjà montré l'action néfaste de l'ablation du corps jaune au cours de la grossesse. Ils réussirent à maintenir la gestation en injectant à des lapines castrées après le 20ème jour de l'accouplement des extraits lutéiniques.

Pendant combien de temps l'ovaire est-il nécessaire?

C'est difficile à préciser comme nous le verrons plus tard. Cependant, en posant cette question on peut se demander si le corps jaune est indispensable jusqu'au l'accouchement, ou, s'il cesse de fonctionner avant et, dans ce cas, à quel moment?

Cette question avait déjà inquiété Fraenkel et plusieurs auteurs, lesquels ont tâché de la démontrer par des expériences sur les différentes espèces d'animaux, mais les conclusions ont été des plus contradictoires.

A l'heure actuelle nous pouvons les résumer en disant qu'il existe deux écoles sur le rôle du corps jaune dans le maintien de la grossesse, tout particulièrement sur la durée d'action du corps jaune.

Pour certains, le corps jaune est la glande de gestation et elle seule permet la survie de l'œuf fécondé, sa nidation et son évolution jusqu'au terme de la grossesse.

Les autres considèrent que la glande lutéale joue un rôle très accessoire dans la gravidité en la considérant nécessaire tout au plus pendant la première phase de la gestation.

En réalité il existe une grande confusion à ce sujet, et tout l'ensemble d'expériences faites à cet égard ainsi que les observations cliniques rapportées dans le but de démontrer le rôle du corps jaune au cours de la gestation, se sont montrées peu saisissantes, voire même contradictoires. Cette difficulté de pouvoir établir d'une façon concluante le rôle du corps jaune au cours de la grossesse et celle de fixer la durée de son action semblent liées en grande partie :

D'une part, les expériences ont été pratiquées sur des espèces diverses à cycle ovarien et durée de grossesse variant de façon considérable;

D'autre part, la difficulté chez la femme de préciser de façon certaine l'âge de la grossesse.

Néanmoins, Bearnt, Prenant, Born et surtout Frankenkel, ont démontré dans leurs expériences : d'ablation du corps jaune au cours de la gestation, le rôle de celui-ci au cours de la grossesse.

Ainsi ces auteurs avaient constaté que chez la lapine l'action du corps jaune est limité : 10 jours pour les unes, 15 jours pour les autres. Les études ont été poursuivies par Mlle. Niskoubine (1909) qui avait constaté que, chez la lapine, vers le milieu de la gestation, le corps jaune montrait des transformations involutives.

De l'ensemble de ces expériences, l'auteur en déduit que l'activité sécrétoire du corps jaune déclinerait à partir du milieu de la grossesse, bien qu'une activité variable selon les individus puisse continuer pendant les dernières semaines.

Le problème du rôle du corps jaune au cours de la gestation reste encore en discussion; tout ce que nous pouvons dire à ce sujet, c'est que le corps jaune est indispensable à la survie de l'œuf fécondé, à sa nidation dans l'utérus, mais que son rôle pendant la gestation semble très variable selon les espèces considérées.

En nous basant sur ce principe on peut établir que, d'après les expériences d'exérèse du corps jaune pendant la 2ème partie de la grossesse il existe deux catégories d'animaux :

Dans un premier groupe, nous classerons tous les cas dans lesquels la castration ou la destruction du corps jaune effectuées pendant la 2ème partie de la grossesse n'ont pas provoqué l'avortement. Une conséquence logique en découle : le corps jaune dans ce groupe animal n'est pas fonctionnel jusqu'à l'accouchement.

Dans un deuxième groupe, nous grouperons les cas dans lesquels la castration ou la destruction du corps jaune effectuées pendant la 2ème partie de la grossesse ont provoqué l'avortement. Devant ces faits, nous pouvons

conclure que le corps jaune est fonctionnel jusqu'à l'accouchement.

Nous exposerons le tableau des différentes espèces :

PREMIER GROUPE :

La lapine - D'après les expériences de Fraenkel, l'action du corps jaune serait bien limité (20^e jour), et il conclue que pendant la 2^e partie de la grossesse le corps jaune n'a aucune influence au cours de l'évolution;

Mais tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet.

La chienne - Maschal et Joly estiment que le corps jaune n'est plus indispensable pendant la 2^eme période de gestation;

La femme - Les statistiques cliniques ont donné des résultats variables, nous verrons plus loin.

DEUXIEME GROUPE :

Espèces dans lesquelles la castration ou destruction du corps jaune effectuée pendant la 2^e partie de la gestation provoque l'avortement :

Lapine
Cobaye
Vache
Chèvre
Souris

En résumé, la physiologie du corps jaune de grossesse est variable dans les différentes espèces animales, et on ne peut établir un critérium précis sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse.

Si, chez les uns, le corps jaune n'est pas indispensable pendant toute la grossesse jusqu'à l'accouchement, par contre, chez d'autres, la castration à tous les stades aboutirait à l'avorement (Souris).

Mais de toutes ces expériences, il est impossible de tirer des conclusions fermes.

Nous pouvons dire que le corps jaune est indispensable à la survie de l'oeuf, à la préparation de l'endomètre, à la nidation de l'oeuf et au maintien de la grossesse. On ignore cependant jusqu'à quel moment de la grossesse le corps jaune est nécessaire.

Les expériences de pseudo-grossesses, de grossesses partielles, effectuées dernièrement ont permis d'établir des hypothèses qui ne sont pas concluantes, mais qui montrent le rôle du corps jaune pendant la grossesse.

Une autre question peut être posée: par quel mécanisme le corps jaune agit-il?

CHAPITRE II.

ETUDE CLINIQUE DES OVARIECTOMIES PRATIQUÉES AU COURS DE LA GESTATION

Les interventions pratiquées sur les annexes aboutissant à des castrations au cours de la gestation sont relativement rares en chirurgie gynécologique. Cette rareté relative associée aux conséquences variables de l'acte opératoire et aux difficultés parfois grandes d'interprétations, les inconnues du problème hormonal sexuel, les insuffisances de nos moyens d'exploration, avaient égaré pendant longtemps les cliniciens et expérimentateurs et conduisaient à une conception erronée du rôle du corps jaune gestatif.

Ainsi que nous l'avons déjà exposé dans notre premier chapitre, le rôle du corps jaune au cours de la gestation a été sujet à des discussions. Les données expérimentales aboutissaient à des résultats difficiles à interpréter, car les moyens d'expérimentation tout à fait différents mis en cause

approfondissaient cette diversité d'opinions.

La question est devenue plus complexe encore lorsqu'on rapporte ces expériences aux faits cliniques, car les statistiques apportaient des résultats assez contradictoires dans l'ensemble et n'ont pas permis de mettre un point final à cette discussion.

Il existe une question très délicate qui a été posée à plusieurs reprises et qui est ressortie au Congrès de Gynécologie de Marseille, dans laquelle elle vise le rôle important du corps jaune au cours de la grossesse. Ce problème intéressait au point de vue biologique mais surtout thérapeutique d'une capitale importance pour les chirurgiens, car il permettait de donner une indication thérapeutique précise dans les cas de grossesse au début qui demandaient une intervention chirurgicale, à cause des lésions annexielles ou tumeurs ovariennes, imposant d'emblée une ovariectomie. Deux points intéressants se discutaient : Hystérectomie après exérèse des annexes ? Ou bien laisser courir la chance à la malade d'une grossesse menée à terme ?

Il faut bien connaître que la conduite opératoire marchant toujours d'accord avec les idées régnant en biologie sur cette question, on avait toujours enseigné dans le domaine de l'expérimentation que le corps jaune était indispensable à la continuation de la grossesse, au moins jusqu'à la moitié de celle-ci, sinon jusqu'à la mise bas.

Le chapitre consacré au rôle du corps jaune gestatif est particulièrement riche en résultats contradictoires, et nous pouvons nous demander si la physiologie pourrait, en l'état actuel de nos connaissances, satisfaire notre légitime curiosité. Toutes les recherches récentes nous ont donné quelques lumières sur la question, sans oublier que la relativité des acquisitions scientifiques dans ce domaine à l'heure actuelle est en plein épanouissement.

Nous n'insisterons pas sur les diverses fonctions attribuées au corps jaune, nous prendrons seulement le chapitre du rôle du corps jaune sur le maintien de la grossesse.

L'expérimentation a ouvert des horizons en nous montrant le rôle du corps jaune au cours de la grossesse.

La clinique, en poursuivant ces études, a abouti à cette conclusion que le corps jaune au cours de la grossesse chez la femme devient rapidement inactif.

C'est le chapitre que nous allons décrire et discuter :

Dans ce but, nous allons faire un exposé assez développé sur les statistiques des chirurgiens et leur conclusion.

La coexistence de gestation et de tumeur ovarienne rencontrée plus souvent qu'on ne pourrait le croire et le danger de cette association au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches, justifient pleinement la question si souvent discutée et traitée dans la Littérature Médicale : Quelle est, dans pareils cas, la méthode à suivre ?

En plus de cet intérêt biologique, il importe au gynécologue de savoir si, par suite de la suppression de l'endocrinie ovarienne, cette opération fait naître des risques de fausse-couche.

Ces deux points ont été diversement envisagés.

En contradiction avec les idées de l'époque (Pinard, Felhing en 1888), convaincus du rôle trophique de l'ovaire sur le sphère génital condamnaient la castration pendant la grossesse, la fausse-couche leur paraissait inévitable.

Deux écoles ont pendant longtemps disputé leurs indications thérapeutiques et les résultats opératoires :

- l'Ecole Française, avec Pinard,
- l'Ecole Allemande, avec Felhing.

L'Ecole Française : Pendant longtemps la majorité des gynécologues se sont prononcés pour l'opération sans réserve, les travaux de nombreux auteurs, dont Pinard, ont montré que l'ablation du kyste était toujours favorable

pour la mère et exceptionnellement fatale pour l'enfant.

L'Ecole Allemande : Les publications de Felhing (1900) sont venues par la suite établir que l'ovariotomie pendant la gestation était fatale dans 30% de fœtus. Fehling se déclare nettement contre l'opération pendant la grossesse et ne la trouve justiciable que lors de complications.

Mais les résultats obtenus qui donnaient un pourcentage aussi bas de mortalité auraient permis aux gynécologues de se ramener aux méthodes classiques de l'opération dans tous les cas.

Il y avait cependant des cas où il fallait une conduite intermédiaire, c'est le cas de petite tumeur sans croissance sensible ou l'expectative serait préférable.

Mais peu après apparaissent plusieurs statistiques importantes, et notamment celles de Dörne (1892) dans lesquelles on trouve ovariectomies doubles avec un seul avortement quatre jours après l'opération. Devant ces résultats, Felhing (1900) abandonne sa première opinion trop absolue, il considère que les risques de fausse-couche restent évidents et n'admet l'intervention qu'en cas de complications, rupture, torsion, dégénérescence maligne des kystes, infection, etc...

C'est ainsi que Fraenkel indique de faire évoluer la grossesse jusqu'à la fin dans les tumeurs qui, observées depuis un certain temps, ne présentaient aucun changement.

Dans ces cas-là une surveillance médicale attentive est indispensable.

En somme Fraenkel est, pour d'autres raisons, partisan de la limitation de l'intervention chirurgicale; il base son attitude sur une nouvelle théorie sur la fonction du corps jaune pendant la gestation et, dans ce but-là, préconise d'éviter l'enlèvement des tumeurs de l'ovaire pendant la gestation, s'il n'y avait pas d'urgence et d'indication précise, car il n'est pas toujours possible de sauver le corps

jaune pendant l'intervention chirurgicale. Si, pour une circonstance, cette intervention devait avoir absolument lieu dans les premières 8 semaines, il conseille de la remettre si c'est possible à la seconde phase de la gestation, c'est à dire au moment où les fonctions du corps jaune n'exercent plus d'influence sur elle. Cet auteur attribue tous les cas d'interprétation de la grossesse après l'ovariotomie à la suppression du corps jaune, surtout si l'opération a eu lieu dans les premières 8 semaines et si l'on n'a pas pris en considération le rôle important de cette glande au cours de la gestation.

Il faut signaler que si les enseignements de Fraenkel ont été le point de départ de travaux confirmatifs, comme ceux d'Ancel et de Bouin, en France, ils ont éveillé, par contre, une vive opposition, car d'autres auteurs ont tâché de démontrer par des épreuves contraires que leur opinion n'était pas du tout justifiée.

Ainsi, contrairement aux expériences de Fraenkel, Strasman affirmait, en se basant sur les résultats de ses expériences, que le corps jaune vrai n'est pas nécessaire pour le développement de l'oeuf dans l'utérus.

Voici les statistiques de cet auteur :

Dans 35 observations de kystes de l'ovaire et gestation, la fausse-couche après l'opération n'a lieu que dans 6 cas.

Il faut se rappeler que dans tous les malades on a supprimé le corps jaune vrai par la résection de la tumeur.

Mais la théorie de Fraenkel conservait au rôle du corps jaune le développement et le maintien de la grossesse dans les premiers mois.

Mais avant nous dirons deux mots de certains travaux faits en Amérique longtemps avant les travaux classiques de Fraenkel :

Des statistiques anglaises et américaines longtemps avant l'ère de l'endocrinologie ovarienne (corps jaune) ont

cité des cas d'ovariotomies doubles pratiquées pendant la grossesse sans nuire à celle-ci.

Ainsi en 1896, on avait pratiqué une double ovariotomie pour kyste de l'ovaire : la grossesse avait évolué vers le terme. Smith dit avoir enlevé les ovaires et les trompes chez une femme et elle a eu une grossesse à terme.

Ceci démontrant que les cas en question peuvent être rattachés à une grossesse réalisée après l'opération.

Il y a d'autres statistiques qui ont été publiées pour montrer le rôle insignifiant de l'ovaire dans la grossesse.

En 1903, l'opinion de Strasman est confirmée par Halban, d'après qui, toute action trophique de l'ovaire cesse dès qu'il y a gestation; *il attribue au placenta seul leur rôle dans l'ensemble des phénomènes gravidiques.*

La même année, Fraenkel porte la question sur le terrain expérimental et pour lui ce n'est pas l'ovaire total mais seulement au corps jaune qu'importe l'évolution de la grossesse.

Cette glande endocrine détermine les phénomènes préparatoires à la nidation de l'œuf, leur rôle sur le maintien du mâle pendant les premières phases de l'état gestatif.

En 1904, Essen Moller expose des cas assez démonstratifs : Une laparotomie est effectuée le 6 Septembre 1903 et l'accouchement a lieu le 2 Juin 1904. On ne connaît pas le poids de l'enfant, mais il semble être né à terme. Avant l'intervention la femme était bien réglée régulièrement, mais elle ignorait la date des dernières règles, et l'enfant est né 269 jours après l'intervention. La conception a eu lieu peu avant la castration. On aurait discuté le cas d'une grossesse prolongée, or, pendant l'opération aucune modification de l'utérus et le poids de l'enfant semblait normal; donc l'auteur avait l'impression que la castration avait été effectuée à la fin du premier mois.

En outre des enseignements pris sur ces divers points, cela confèrerait à cette observation un très grand intérêt sur le côté très limité du corps jaune au cours de la grossesse.

D'autres exemples ont été assez démonstratifs :

En 1904, Mandl apportait 30 cas d'ovariectomies doubles : 24 fois la grossesse évolua jusqu'au terme, et 6 fois seulement elle fut interrompue.

Plus tard, Schockaerts présente le cas d'une malade présentant une grossesse, utérus avec fibromes sous sereux pédicules, et des petits fibromes sessiles, un kyste de l'ovaire droit du volume d'un poing et portant un corps jaune ayant un diamètre de 2 cm. environ. L'ovaire gauche ne portait pas de corps jaune. Intervention, ablation du kyste de l'ovaire droit et extirpation des fibromes. Malade soumise à la morphine et 3 lavements laudanisés par jour pendant 5 jours. En plus, administration pendant 15 jours à la malade privée de corps jaune vrai de dragées d'Ovarine Buriat et Welcome C.

Les jours qui ont suivi l'opération la malade avait présenté des douleurs dans le bas ventre, crampes utérines, calmées par la morphine et lavements laudanisés. Sortit guérie, grossesse évolue vers le terme.

L'accouchement : deux jours avant le travail, la malade présentait les symptômes caractéristiques d'intoxication gravidique, qui obligèrent à intervenir par forceps. Enfant bien portant.

Dans ce cas la grossesse n'était pas avancée de plus de 2 mois, malgré l'ablation du corps jaune elle n'a pas interrompu son cours.

Ce cas semble donc, comme les précédents, diminuer l'importance qu'on attribue au corps jaune au point de vue

de continuation de la grossesse.

D'autres cas ont été publiés en 1912, qui témoignent du rôle presque inexistant du corps jaune.

Tout d'abord Cathala (1912) critique les idées classiques de Fraenkel sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse, limitant son action pendant la période d'activité du corps jaune. Or, le corps jaune entre en régression vers le 4^e mois, donc la crainte de la grossesse pendant les 3 ou 4 premiers mois. Cet auteur discute le bienfait de cette théorie, car, en effet, dit-il, en présence d'une affection nécessitant l'ovariotomie au début de la grossesse, il pourrait être indiqué de retarder de quelques semaines l'intervention de crainte que le corps jaune ne soit développé dans l'ovaire qui doit être enlevé et que son ablation ne détermine l'avortement.

Dans les cas, où l'on devrait pratiquer l'ovariotomie double l'expectative s'imposerait sauf urgence, ou bien il serait indiqué de tenter la conservation de la partie de l'ovaire contenant le corps jaune.

Le cas de Cathala démontre tout le contraire :

Il opère un kyste de l'ovaire gauche chez une femme dont la grossesse était à son début, au cours de l'opération on constate que l'ovaire droit ne présentait pas de corps jaune et que dans la paroi du kyste enlevé se trouvait le corps jaune gravidique. D'après les idées classiques on craignait l'interruption de la grossesse; il n'en fut rien heureusement, dit-il, et la grossesse évolua normalement jusqu'à terme.

Nous savons que Fraenkel avait objecté à Straseman, qui cite des observations cliniques de Merkel et de Manienger, et à Skoblansky, que les opérations, dans les cas rapportés, avaient été pratiquées après la période d'activité de l'ovaire.

Dans les cas de Cathala l'opération aurait été pratiquée au début de la grossesse bien avant l'époque où le

corps jaune commence à regresser et l'examen histologique avait d'ailleurs montré qu'il s'agissait d'un corps jaune à la période d'activité nullement en regression.

La difficulté est de connaître de façon exacte l'âge de la grossesse : mais si l'on compte le temps écoulé entre la date de l'opération et celle de l'accouchement on trouve 247 jours. On peut bien déduire que la femme était enceinte d'un mois et demi au maximum.

A côté de cette observation, d'autres assez démonstratives confirment le rôle très restreint du corps jaune au cours de la gestation.

Ainsi, dans une dizaine d'observations, dans lesquelles on pratique l'ablation du corps jaune, tout à fait au début de la grossesse, neuf fois la grossesse évolue normalement, sans incident, et l'accouchement a lieu à terme.

L'avortement ne serait survenu que deux fois et encore dans ces deux cas les antécédents de fausse-couche antérieure avaient été signalés.

En résumé, il semble que chez la femme, dit Cathala, le corps jaune ne soit pas indispensable à la nutrition de l'œuf au début de la grossesse et que son ablation au cours des premiers mois de la gestation ne puisse être considérée comme une cause d'avortement.

Enfin, deux cas seront à ajouter à cette statistique : le cas de Lucas Championaire, et le cas de Doloris. Tous les deux opérés au deuxième mois de la gestation.

Les statistiques précédentes ont été renforcées par celles de Grosse de Nantes en 1912, qui, contrairement aux classiques, montraient que l'ovariectomie bilatérale par tumeur de l'ovaire au cours de la gestation n'entraînait pas une mortalité comme l'avaient déjà montré Rémy, en 1886, et Viney (1893-1894).

Cet auteur disait : l'intervention chirurgicale est devenue la règle et l'ovariotomie abdominale a donné, entre les mains de nombreux opérateurs, des résultats qui sont

allés sans cesse en s'améliorant avec les progrès de la technique chirurgicale et de l'asepsie. Alors que Rémy comptait en 1886 19,4% de mortalité maternelle, à la suite d'ovariotomie pendant la grossesse, Dsrine ne trouve plus que 5,9% en 1892, et, en 1912, elle s'élève à peine à 2%. Nous verrons plus tard les statistiques de Puech et Vanvers qui donnent un chiffre de 2,5% dans le cas d'ovariectomie bilatérale, et 1,5% dans les cas d'ovariectomie unilatérale.

Dans les statistiques de Grosse on trouve sur 52 ovariectomies au 4^e mois de la grossesse seulement deux cas de mort, ce qui montre que l'ovariotomie chez la femme enceinte est devenue d'une bénignité absolue et qu'elle ne présente pas pour elle plus de gravité qu'en dehors de la grossesse.

Donc, d'après Grosse, les indications de l'ovariotomie pendant la grossesse s'imposent lorsqu'il s'agit d'une complication menaçant directement la vie de la femme, même lorsque la tumeur est bien tolérée, il est prudent de recourir à l'ovariotomie afin de mettre la femme à l'abri des complications très graves et souvent brutales auxquelles elle est exposée. La bilatéralité des tumeurs augmente encore le danger couru par la femme en favorisant l'éclosion des accidents et complications susceptibles de se produire. D'une façon générale, l'ovariotomie pendant la grossesse est donc la conduite adoptée une fois le diagnostic établi. Mais l'expérience montre que pendant les 3 derniers mois de la grossesse l'opération est suivie d'avortement en moyenne 1 fois sur 2. D'après Audebert aussi, à moins d'accidents pressants qui imposent une décision immédiate et quand il est possible de surveiller la femme de façon à la mettre à l'abri de toute éventualité fâcheuse, certains accoucheurs préfèrent repousser l'opération jusqu'à l'époque de viabilité du fœtus et, si possible, jusqu'à terme ou près du terme de la grossesse.

Pendant la première moitié de la grossesse l'expulsion prématurée du fœtus est beaucoup plus rare. Ainsi les statistiques de Puech et de Vanvers au Congrès de Lille donnent : dans les ovariectomies unilatérales de 11,5% les trois premiers mois, 3% le quatrième, 12,5% le cinquième, 30% le septième.

Cependant nous savons que les expériences classiques, Fraenkel, Ancel, Milon, Villemin et autres, montrent le rôle physiologique du corps jaune. Tous les cas d'expulsion prématurée du fœtus après ovariectomie pendant les premières semaines de la gestation étaient en relation avec la suppression du corps jaune au cours de l'opération. Grosse se demande ce qu'il faut en penser et sur quelles opinions et bases clinique et expérimentale il faut s'appuyer.

Ce serait long de passer en revue les théories classiques sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse. Mais nous pouvons dire que si bien des expériences ont montré le rôle du corps jaune dans les espèces animales : développement de l'œuf dans les premiers stades chez la lapine, pendant toute la durée de la grossesse chez les autres, ces faits si précis sont-ils applicables à la femme en gestation ? Les expériences cliniques de Lucas Championnière et Doloris, Essen, Moller, Cathala, Puech et Vanvers, ont montré des ovariectomies faites au début de la gestation sans aucun arrêt de celle-ci.

De ces observations, il résulte que chez la femme le corps jaune gestatif n'apparaît pas du tout comme indispensable au développement de l'œuf au début de la gestation et que sa suppression ne saurait pas produire l'avortement.

Nous avons suivi jusque là toutes les statistiques à propos du rôle du corps jaune au cours de la première période de la gestation chez la femme; aucune idée concluante et précise n'aurait été apportée à ce sujet.

En 1913, Puech et Vanvers ont rapporté au Congrès de Gynécologie de Lille des notions assez intéressantes :

En suivant les notions d'expérimentation des auteurs classiques, Puech et Vanvers ont jugé le rôle du corps jaune au cours de la grossesse chez la femme sur un point de vue clinique de façon différente des faits expérimentaux.

Tout d'abord, en ce qui concerne le rôle du corps jaune à la nidation de l'œuf chez la femme le problème est difficile à résoudre par les accoucheurs : manque des symptômes qui permettrait de reconnaître l'existence d'une grossesse.

Mais en ce qui concerne le rôle du corps jaune dans le développement de l'œuf l'examen des faits donne, au contraire, des renseignements importants.

Sans s'arrêter aux idées classiques, les uns accordaient au corps jaune un rôle très éphémère au cours de la première période de la grossesse (2 mois Heil, 8 semaines Fraenkel). Pour résoudre ces questions il est plus raisonnable de se rapporter aux faits des ovariectomies pratiquées pendant les deux premiers mois de la grossesse. Soit que cette opération ait porté sur les deux ovaires, soit qu'elle ait intéressé l'ovaire renfermant le corps jaune vrai.

Les rapporteurs ont réuni un nombre de 25 cas (cas d'ovariectomie bilatérale ou d'ovariectomie unilatérale portant sur l'ovaire renfermant le corps jaune vrai).

Ainsi, sur 25 observations dans lesquelles le corps jaune fut enlevé au cours des deux premiers mois de la grossesse (22 fois au cours de 2 mois, 3 fois au cours d'1 mois) 5 fois seulement celle-ci fut interrompue.

Si on se rapporte aux cas de Cathala on pourrait bien conclure que chez la femme il semble que le corps jaune ne soit pas indispensable à la nutrition au début de la grossesse et que son ablation au cours des premiers mois ne puisse pas être considérée comme une cause d'avortement mais cette conclusion semble trop affirmative.

L'ensemble des faits réunis dans ce rapport semble assez important et démonstratif pour qu'il échappe aux critiques que Fraenkel et Niskoubine ont faites aux cas d'Essen, Moller, (l'ablation de la totalité des ovaires ne serait pas prouvée puisqu'elle n'a été contrôlée par l'autopsie et puisqu'il peut exister des ovaires surnuméraires), on ne peut pas y attribuer une grosse importance. La fréquence des dispositions invoquées par Fraenkel étant loin de répondre aux 4/5^e des cas.

Ce principe étant établi, nous ne pouvons pas poser de façon catégorique l'affirmation que l'ablation des ovaires, ou tout au moins l'ovaire porteur du corps jaune, ne provoque jamais l'avortement chez la femme quand elle est exécutée pendant les 2 premiers mois de la grossesse, ce qui entraînerait le fait suivant que le corps jaune n'a aucun rôle dans le développement de l'œuf.

Du fait que dans les observations, l'ablation des ovaires ou du corps jaune aux premier et deuxième mois n'entraîne pas fatalement l'arrêt de la grossesse, nous n'avons pas le droit de conclure que cette influence n'existe pas.

Ces auteurs disent qu'il ne serait pas possible d'émettre sur ce point une opinion ferme et que toutes les hypothèses sont possibles.

A l'appui de cette opinion classique, on aurait les faits suivants :

1°) l'avortement est beaucoup plus fréquent au cours des 2 premiers mois (25%) que pendant le troisième (11%), et le quatrième (12%) après les ovariectomies doubles par tumeur de l'ovaire.

2°) Celui de la plus grande fréquence de l'avortement, après ovariectomie bilatérale 25%, qu'après ovariectomie unilatérale 16,5% pendant les deux premiers mois.

Est-ce qu'il faut attribuer à la suppression du corps jaune la cause de cet avortement ? Aucune conclusion ne serait possible et l'on doit rester dans le terrain de l'hypothèse.

Les auteurs ont conseillé aux accoucheurs et gynécologues, en présence d'une tumeur ovarienne compliquant la grossesse au début, de temporiser jusqu'au 3^e ou 4^e mois, c'est cette époque, disent-ils, soit qu'il s'agisse d'une ovariectomie bilatérale ou d'une ovariectomie unilatérale, que l'interruption de la grossesse s'observe le plus rarement après l'opération.

En suivant notre exposé, nous pouvons citer la thèse de Mme Milon 1916-1917, qui consacre un chapitre des données cliniques en contre opposition des faits expérimentaux classiques.

Elle recueilli dans sa thèse 19 cas de castration effectués dans les sept premières semaines avec accouchement à terme, et conclue que le corps jaune n'est point l'organe de la nidation et du développement de l'œuf, puisque l'ovaire total lui-même ne lui est pas indispensable.

Nous insisterons sur d'autres statistiques publiées à ce sujet et Szymowiowicz, en 1922, publie un article comportant 35 observations de kyste de l'ovaire et gestation, la fausse-couche après l'opération n'a lieu que six cas. Il est à signaler que dans toutes les opérations on a enlevé le corps jaune vrai par la résection de la tumeur.

Ces faits témoignent que dans tous les cas de kyste de l'ovaire et grossesse la seule marche naturelle en pareil cas serait l'intervention chirurgicale dans tous les cas et, si c'est possible, avant que ne se produisent les complications.

Nous citerons d'autres auteurs qui décrivent des cas d'ovariectomies très précocement exécutés :

Ainsi, en 1926, Ask Upmark en signala 51 cas avec un seul avortement. Parmi ces cas, un certain nombre con-

cernait des ovariectomies bilatérales, d'autres se rapportaient à des exérèses d'un seul ovaire mais toujours de celui qui portait le corps jaune.

Prat, en 1927, observe une grossesse malgré exérèse du corps jaune pratiquée 25 jours après les règles absentes.

Amati, en 1928, à propos d'un cas personnel, en retrouve une quarantaine dans la littérature : tous concernant des femmes opérées dans les 4 premiers mois, sans une influence néfaste pour la gravidité et cela pendant la période où le corps jaune était, pour la majorité des auteurs, en pleine activité.

En suivant les idées de Franck sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse Marion Douglas affirme que le corps jaune est nécessaire pendant les 6 premières semaines vraisemblablement le placenta elabore une hormone semblable laquelle suffit pour l'évolution ultérieure de la grossesse), l'auteur cite un autre cas, dans lequel le corps jaune gravidique fut enlevé à cinq semaines de grossesse sans que celle-ci fut interrompue.

Cet auteur conclue que, dans l'espèce humaine, la grossesse est indépendante de l'hormone du corps jaune de grossesse et que son rôle serait assez limité, de 4 à 6 semaines.

Dans sa thèse (1932) Boissard cite l'observation d'une jeune femme chez laquelle l'intervention révéla l'existence de deux kystes ovariens, dont l'un tordu. Cette personne syphilitique par surcroît fut opérée au deuxième mois d'une gestation ovariectomie bilatérale. Elle accoucha à terme alors que deux grossesses antérieures n'avaient pu être menées à bien. Ces recherches ont permis à l'auteur de retrouver 21 cas de gestation où la suppression des deux ovaires n'avait eu aucune suite fâcheuse.

D'autres observations sont intéressantes : Lanvodsky observe deux cas :

— Dans le premier il s'agit d'une femme enceinte de 3 mois avec fibrome de l'ovaire gauche tordu, on l'opère et la grossesse continue;

— Dans le deuxième cas, il s'agit d'une tumeur tordue de l'ovaire droit. L'intervention est très difficile par suite des adhérences ; la grossesse fut interrompue et un fœtus de 5 mois environ fut expulsé. Il semble bien s'agir d'un avortement traumatique.

Enfin, l'auteur aurait remarqué que sur 13 autres cas de tumeurs opérées au cours de la gestation, deux fois seulement celle-ci fut interrompue.

En 1933, Macias de Torres rapporte deux cas dans lesquels le corps jaune gravidique fut enlevé le 46^e et le 40^e jours respectivement après les dernières règles : l'accouchement en tous points normal à terme dans les deux cas.

Il discute, comme dans les cas précédents, le rôle du corps jaune pendant les 5^e ou 6^e premières semaines de grossesse et interprète également le rôle que joue à partir de ce moment le placenta en substituant le corps jaune.

En 1934, les accoucheurs et gynécologistes ont consacré une attention spéciale sur ce sujet en apportant des cas assez intéressants dans lesquels le rôle du corps jaune est très éphémère au cours de la gestation, en ajoutant comme hypothèse assez vraisemblable du placenta dans la continuation de la grossesse.

Nous exposerons tout d'abord les statistiques du Dr Schockaerts qui, depuis des années, avait suivi l'étude sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse.

Il rapporte 5 cas dont l'ablation de kystes de l'ovaire portant le corps jaune de grossesse à diverses époques de la gestation, sans que celle-ci n'ait été interrompue ; parmi ces 5 cas, il y en a même deux de torsion triple des pédicules kystiques.

Dans les deux premiers, la grossesse ne dépassait pas le deuxième mois et corroborent singulièrement l'idée qu'il avait exprimée en 1911 contrairement aux données de Fraenkel, car ces cas semblent diminuer l'importance qu'il faut attribuer au corps jaune au point de vue de continuation de la grossesse.

Les trois autres cas sont moins intéressants parce que la grossesse était plus avancée.

L'auteur a voulu relater ces faits en donnant quelques notions qui pourraient jeter quelques lumières dans le domaine encore récent de l'endocrinologie gynécologique, à savoir du rôle probable que joue le placenta pour suppléer l'absence de la progestine pour maintenir l'état décidual de la muqueuse utérine et inhiber les contractions utérines.

Brindeau et Hinglais, en suivant cette hypothèse, ont eu l'occasion d'examiner à différentes reprises une femme qui avait été opérée une première fois en 1931 pour une tumeur solide de l'ovaire droit. Deux ans plus tard, au cours d'une seconde grossesse, au deuxième mois de celle-ci, elle a été opérée pour un kyste de l'ovaire gauche nécessitant l'ablation de cet ovaire, malgré la castration la grossesse évolue normalement.

Il faut nous rappeler que, après cette deuxième opération, le dosage de la folliculine s'est montré sensiblement normal et on sait que dans une grossesse normale la folliculine reste en quantité faible au deuxième mois, elle commence à monter à partir du troisième mois.

L'ablation des ovaires n'a donc pas empêché, vu la diminution apparente, la production de folliculine pendant la grossesse.

Pour ces auteurs ce serait des arguments en faveur d'une origine extra-ovarienne et probablement placentaire d'une grande partie de la folliculine, ou bien, dans ce cas, une autre hypothèse, la présence des ovaires surnuméraires.

Brouha et Kridelka ont attiré l'attention sur le rôle du corps jaune au cours de la grossesse et ont publié le cas d'une femme opérée pour kyste de l'ovaire bilatéral avec accouchement à 8 mois de gestation d'un enfant du sexe féminin, — après avoir dans l'intervalle guéri d'une pneumonie — mais ils croient pouvoir affirmer que la castration a été effectuée entre le 32^e et le 38^e jour.

Cette observation pourrait nous confirmer les hypothèses démontrant que le rôle du corps jaune pendant la grossesse est très bref, et on peut conclure qu'à partir du moment où le diagnostic de grossesse est uniquement possible il paraît bien que l'on puisse, sans danger pour la gestation, recourir à la castration totale.

Enfin, tout récemment, on a repris l'intérêt de cette question pour préciser le rôle du corps jaune au cours de grossesse et établir des indications précises des ovariectomies au cours de la grossesse.

En 1937, plusieurs statistiques ont été publiées pour montrer l'importance très restreinte qu'on donne au corps jaune au cours de la gestation; en suivant les données cliniques qui montraient le rôle très éphémère du corps jaune pendant la grossesse, en limitant son action aux six premières semaines.

Le Docteur Luis Alfredo a présenté une observation assez intéressante à ce sujet : une jeune malade de 23 ans présentant des troubles génitaux, douleurs dans la fosse iliaque droite. A l'examen on trouve une masse annexielle à droite, on craint une grossesse ectopique, mais la malade, mal réglée, a été soignée quelque temps auparavant pour des inflammations annexielles ; cependant, arrêt des règles d'un mois : la réaction de Friedman est positive.

On intervient et on trouve un kyste de l'ovaire droit de la taille d'un œuf de poule. Après ablation, on constate que cet ovaire contenait le corps jaune de grossesse, et

celle-ci a continué son évolution jusqu'au terme sans aucun trouble.

Ce cas se rapproche des précédents (statistiques de Macias de Torres, Douglas, Fraenkel et Cotte) qui ont montré les cas d'opérées, des malades chez lesquelles on craignait une grossesse ectopique, et ont été surpris de trouver des kystes de l'ovaire avec des grossesses qui ne dépassaient pas six semaines.

Le rapporteur discute le rôle du corps jaune au cours de cette grossesse au début. Son rôle serait très précaire au cours de la gestation. Serait-il peut-être le rôle des villosités choriales qui ont la propriété d'élaborer de la lutéine (Goldberg), ou bien le placenta emmagasine cette hormone en grande abondance ?

La première hypothèse pour l'auteur, suivant les idées de Macias de Torres, serait vraisemblable : les villosités choriales humaines auraient le pouvoir histolitique suffisant pour garantir elles-mêmes la fixation de l'ovule.

L'auteur a cité le cas publié dans l'A... dans lequel, malgré l'incision opératoire du corps jaune contenu dans un kyste de l'ovaire au cours de la grossesse au premier mois, celle-ci continue normalement son évolution. Ce cas est de tout intérêt car il vient corroborer l'opinion de l'auteur que, dans l'espèce humaine, tout au plus le corps jaune n'est pas indispensable pour le maintien de la grossesse.

Dans l'ensemble, nous avons passé en revue toutes les statistiques qui nous montrent le rôle du corps jaune au cours de la gestation et qui nous donnent l'idée, sans précision, de la conduite à suivre dans les cas de kyste de l'ovaire au cours de la gestation.

Mais si nous avons insisté sur ces faits, c'est qu'ils constituent à peu près la seule expérimentation possible dans l'espèce humaine. Il nous a paru très intéressant de les rassembler étant dans l'ensemble d'ailleurs peu connus.

Si nous faisons un résumé de l'ensemble des cas, on voit que les conceptions et les résultats sont différents :

Tout d'abord les uns, Blau et Sutton, affirment que si l'ovariectomie bilatérale est faite avant le 4^e mois le risque d'avortement est négligeable. Hofbauer dit que le corps jaune peut être enlevé sans danger aucun pour la gestation.

Fraenkel lui-même, dont les résultats expérimentaux étaient en désaccord avec les données de la clinique, essaye tout d'abord d'expliquer la continuation de la grossesse par l'existence d'un ovaire surnuméraire, éventualité assez rare; de plus, avec nos connaissances actuelles en endocrinologie sexuelle, on peut se demander par quel mécanisme l'ovaire surnuméraire agirait brusquement à son tour.

En outre, Fraenkel pensait que si l'on pouvait impunément enlever un corps jaune c'est que celui-ci était, en fait, en phase de regression qui, pour cet auteur, devait se situer aux environs du 3^e ou 4^e mois. Cette explication est exacte en soi, mais remarquons que chez la femme tout moins la glande lutéinique semble devoir cesser toute fonction à un stade plus précoce.

En effet, comment expliquer la continuation de la grossesse lorsque l'intervention est pratiquée au début de la gestation ?

Des recherches biologiques récentes on peut déduire que le placenta se substitue au cours de la grossesse à l'hypophyse et à l'ovaire. Il secrète des taux assez élevés d'hormone qui régissent l'évolution d'un cycle génial et le rôle du corps jaune resterait limité au premier stade de la grossesse, préparation de l'endomètre, inhibition de la contractilité utérine, protection de l'œuf fécondé, etc... Mais très rapidement les observations rappelées en font foi, on doit pouvoir le supprimer sans que l'évolution ultérieure de la grossesse en soit troublée.

Si nous revenons à notre premier chapitre, l'expéri-

mentation a bien montré que cette constatation était valable pour une certaine catégorie de mammifères, elle pourrait être applicable chez la femme.

La conclusion semble assez explicite, recherches expérimentales jointes aux constatations cliniques nous permettent de penser que l'on peut chez la femme enceinte pratiquer l'ovariectomie bilatérale, autrement dit l'ablation de l'ovaire contenant le corps jaune de grossesse, sans dommage pour la gestation, même à un stade assez peu avancé.

La conduite à tenir tient donc toute entière dans cette phrase de Brouha et Kridelka : « L'étude des cas actuellement connus d'ovariectomie double pendant la grossesse paraît bien démontrer que, si elle existe, l'action de l'ovaire sur la gestation est bien brève. A partir du moment où le diagnostic de grossesse cliniquement possible, cette intervention chirurgicale n'expose pas particulièrement à la fausse-couche. »

CHAPITRE III.

Dans ce 3^e chapitre nous apportons des observations cliniques constatées depuis quelques années dans le service du Pr. Couvelaire.

Dans une première partie des observations cliniques nous avons trois groupes :

I- OVARIOTOMIES PRATIQUEES AU COURS DE LA GESTATION SE TERMINANT PAR L'AVORTEMENT

A) 3 Ovariectomies pratiquées pendant les 2 premiers mois de la grossesse aboutissant toutes les 3 à l'avortement

entre les 8ème et 21ème jours (un corps jaune a été trouvé dans l'ovaire enlevé).

OBSERVATION N°1: Mme. S.. âgée de 25 ans
Entre à la Clinique Baudelocque le 11 Août 1923,
(salle Trelat) pour des douleurs sourdes dans la fosse
iliaque gauche irradiant dans la région lombaire gau-
che, des pertes de sang brunâtre à évolution inter-
mittente depuis la fin du mois de Juillet.

Antécédents — *Personnels* : grippe en 1918.

- *Gynécologiques* : Salpingite à 20 ans.
- Premières règles à 11 ans, toujours bien réglée.
- Dernières règles du 14 au 17 Juin 1923.
- Un accouchement prématuré à 8 mois, le 31 Déc.
1919 d'une fille morte étouffée; suites des couches
normales.

Examen — Le 20 Août 1923.

Un utérus à droite augmenté de volume, dur; à gauche
une masse assez régulière séparée de l'utérus par un
sillon en bas et en arrière, pas de sillon perceptible
en avant.

Donc diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche
avec un utérus au début de la grossesse.

Intervention — le 22 Août 1923 (Drs Portes et François).

Ccmpte-rendu opératoire — Ablation d'un kyste de l'ovaire
gauche à pédicule tordu contenant un corps jaune.
Appendicectomie.

Utérus gravidé de 6 semaines environ.

Pas d'examen histologique de la pièce.

Suites opératoires — On fait de la morphine tous les jours
pendant 4 jours.

Dans la nuit du 31 Août au 1^{er} Septembre fait un
avortement spontané d'un œuf complet.

OBSERVATION N° 2 : Mme M... âgée de 35 ans.

Entre à la Clinique Baudelocque le 20 Octobre 1935,

envoyée par la consultation de Gynécologie de Baudelocque pour grossesse ectopique. En effet, depuis le 6 Octobre la malade présentait des pertes rouges avec des caillots et, depuis le 5 Octobre elle souffre du bas ventre d'une façon presque continue en absence des phénomènes syncopaux;

Antécédents — Père et mère bien portants, a eu 4 frères et 2 sœurs bien portants.

Physiologiques : réglée à 14 ans 1/2 régulièrement tous les 28 jours, durée : 8 à 9 jours. Dernières règles du 7 au 16 Septembre 1935.

Obstétricaux : Première gestation en 1928, accouchement normal à terme d'un garçon pesant 3.500 gr. Deuxième gestation en 1932, accouchement normal d'un garçon pesant 4500 grs.

La malade se plaignait depuis un an d'avoir des douleurs dans le bas ventre et des pertes blanches peu abondantes.

Examen — le 19 Octobre 1935, à la consultation on constate qu'il s'agit d'une grossesse ectopique.

Intervention — le 20 Octobre 1935 (Dr Portes).

Compte-rendu opératoire — Laparotomie médiane.

On constate l'existence d'un kyste de l'ovaire gros comme un œuf de poule et d'un utérus qui paraît gravidé d'environ 8 semaines. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, dont l'examen macroscopique semble montrer la présence d'un corps jaune.

Pas d'examen histologique de la pièce.

Suites opératoires — 3 cgrs. de morphine pendant les deux premiers jours et 2 cgrs. pendant les trois autres jours. Suites normales.

Le 6^e jour, le 26 Octobre 1935, brusquement la malade est prise de coliques utérines non calmées par la morphine et des pertes de sang légères.

Repos et morphine.

Deux jours après, le 28 Octobre, hémorragie col uté-

rin largement ouvert et on évacua le contenu utérin.

OBSERVATION N° 3 : Mme B... âgée de 27 ans vient consulter à la Clinique Baudelocque pour des signes de grossesse, car elle présentait un retard des règles de 17 jours.

Antécédents — *Héréditaires* : Père et mère bien portants.

Physiologiques : A 23 ans cystite colibacillaire.

Premières règles à 14 ans 1/2, toujours bien réglée, durée 6 à 8 jours.

Pas d'enfant, mais une fausse-couche de 2 mois en 1934.

Dernières règles du 15 au 18 Décembre.

Examen — le 3 Février 1937.

Utérus basculé en arrière, un peu à droite, avec face post convexe et un peu dure, ovaire gauche comme un œuf de poule, kystique.

Suspicion de grossesse. (R.B. à la lapine ++).

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche et grossesse au début.

Intervention — le 16 Février 1937 (Dr Portes).

Compte-rendu opératoire — Ablation de l'ovaire gauche, kyste de la taille d'un œuf de cane.

Appendicectomie avec enfouissement.

Utérus, gestation au début.

Suites opératoires — Morphine pendant 6 jours, suite normales. Le 10 Mars 1937, brusquement la malade fait l'avortement.

B) 2 Ovariectomies pratiquées pendant les 2 premiers mois de la gestation aboutissant à l'avortement entre le troisième et quatrième jour :

OBSERVATION N° 4 : La malade D... âgée de 30 ans, vient consulter à la Clinique Baudelocque (Sep-

tembre 1924) pour des signes de grossesse : vomissements et petits signes de grossesse, absence des règles.

Antécédents — *Héréditaires* : Père et mère bien portants.

Physiologiques : Réglee à 15 ans. Règles toujours normales. Fausse-couche en 1922.

Avortement molaire en 1923.

Dernières règles : 15 Août 1924.

Examen — le 2 Octobre 1924 (Dr François).

Utérus bien rétrofléchi paraissant un peu augmenté de volume (consistance d'un utérus gravidé). A gauche masse annexielle du volume d'une très grosse noix verte, renitence dure non douloureuse, régulière et immobile.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche au début de la gestation.

Intervention — le 3 Octobre 1924 (Drs Levant et François)

Compte-rendu opératoire — Kyste de l'ovaire gauche gros comme une petite mandarine tendre tombe en partie dans le Douglas repoussant un peu en avant le ligament large gauche. L'utérus gravidé de 5 à 6 semaines environ est très rétrofléchi.

Ablation du kyste.

Ligamentopexie à la Doloris les ligaments ronds augmentés de volume un peu œdématisé se laissant facilement rapprocher.

Suites opératoires — Morphine pendant quelques jours.

Avortement le 4^e jour.

OBSERVATION N° 5 : La malade L... âgée de 21 ans, consulte à la Clinique Baudelocque le 3 Sept. 1926 pour retard^s de règles de 2 mois. Pas de signes nets de grossesse.

Antécédents — *Physiologiques* : Toujours bien réglée, premières règles à 14 ans.

Dernières règles : mois de Juillet 1926.

Examen — Utérus gravidé de 2 mois dévié à gauche.

Petite masse de la taille d'une mandarine dans le cul de sac droit, mais régulière et mobile, non douloureuse.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit, grossesse au début.

Intervention — le 3 Septembre 1926 (Dr Ravina).

Compte-rendu opératoire — Laparotomie médiane sous ombilicale; kyste développé dans le méso salpinx; la trompe est attirée et accolée sur toute son étendue au kyste. Ablation des annexes droits. Appendicectomie.

Suites opératoires — Morphine 3 cgrs. pendant 2 jours.

Trois jours après petites hémorragies.

Au cinquième jour expulsion spontanée d'un œuf de 2 mois.

C) Deux cas d'Ovariectomies pratiquées entre le 2^e et le 5^e mois de la grossesse aboutissant à l'avortement entre le premier et le septième jour, mais l'ovaire laissé en place contenait le corps jaune :

OBSERVATION N° 6 : La malade D... âgée de 19 ans, consulte à la Clinique Baudelocque en Janvier 1939 pour des douleurs dans le bas ventre et surtout à droite, et pour un retard de règles.

Antécédents — *Héréditaires* : Mère morte d'infection puerpérale, père bien portant. 2 frères bien portants.

Pathologiques : Adénopathie cervicale pendant l'enfance, cure à San-Salvador.

Gynécologiques : Réglée à 12 ans, règles toujours normales, non douloureuses. Un peu de leucorrhée.

Dernières règles : du 16 au 21 Août 1938.

Examen — 15 Février 1939.

Utérus latéro versé à droite présentant une grossesse de 5 mois.

Il existe une masse de consistance résistante dans le cul de sac gauche et remontant à 2 travers de doigt

au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche et grossesse de 5 mois.

Intervention — le 4 Mars 1939 (Drs Portes et François).

Compte-rendu opératoire — Laparotomie médiane. Utérus de 5 mois incliné sur la droite et masse kystique annexielle gauche non adhérente. Extériorisation de l'utérus et de la masse kystique.

On constate que c'est l'ovaire droit qui porte le corps jaune de grossesse. En conséquence on procède à l'ablation en masse des annexes gauches; il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire gauche à pédicule légèrement tordu. Réintégration de l'utérus.

Suites opératoires — Morphine. La nuit suivante apparition brusque de colique utérines et expulsion d'un œuf complet. Les jours qui suivent la malade a fait une poussée thermique et une phlébite pelvienne.

OBSERVATION N° 7 : La malade F... âgée de 28 ans, entre à l'Hôpital Bichat le 18 Avril 1939 pour des pertes sanglantes dont la date de début remonte à un mois environ, qui soulève l'idée d'une G.E.

Antécédents — Père et mère bien portants.

On ne signale aucune maladie infectieuse.

Premières règles à 12 ans, toujours normales.

Pas de grossesse antérieure. Pas de fausse-couche.

Dernière règles : le 20 Février 1939.

Examen — le 18 Avril 1939.

On trouve dans la fosse iliaque gauche une masse de la taille d'une mandarine, au toucher cette masse dépendant des annexes gauches est située dans le petit bassin. L'utérus semble caché par cette masse.

Diagnostic clinique : Grossesse extra utérine.

Intervention — d'urgence.

Compte-rendu opératoire — Laparotomie médiane et sous ombilicale. Utérus gravidé de deux mois environ.

Kyste de l'ovaire gauche de la taille d'une orange prolavé dans le Douglas.

Ovaire droit sain avec un corps jaune nettement visible à la surface.

Ablation du kyste. Appendicectomie avec enfouissement.

Suites opératoires — Morphine, 2 cgrs. le premier jour et 1 cgr. les deux autres jours.

Le 27 Avril 1939, la malade est prise brusquement de douleurs dans le bas ventre et des pertes rouges abondantes avec des caillots. On craint l'avortement.

Le 28 Avril 1939 celui-ci est confirmé et on fait un curettage.

Mais par la suite la malade a fait une poussée thermique à 39° pendant 12 jours.

Le 1^{er} Mai 1939 on constate une collection hémorragique dans le Douglas qui se vide spontanément par le vagin.

II.- OVARIOTOMIES PRATIQUÉES AU COURS DE LA GESTATION SE TERMINANT PAR UN ACCOUCHEMENT NORMAL A TERME.

Nous avons deux groupes :

- A) Deux cas d'ovariotomie pratiquée après le deuxième mois du début de la grossesse aboutissant à un accouchement normal à terme, et on aurait constaté que l'ovaire enlevé était porteur du corps jaune de grossesse.

OBSERVATION N° 8 : La malade Th... âgée de 25 ans, entre le 19 Janvier 1928 à la Clinique Baudelocque pour des pertes rouges évoluant depuis quelques jours.

Pas de phénomène douloureux.

Antécédents — *Héréditaires* : Père et mère bien portants.

Physiologiques : Régée à 13 ans, toujours normale-

ment.

A eu 5 grossesse antérieures, dont les 4 premières ont évolué à terme et la 5^e s'est terminée par une fausse-couche de 2 mois.

Dernières règles : du 24 au 28 Novembre 1927.

Examen — Le 19 Janvier 1928.

Utérus médian peu augmenté de volume.

On rencontre une masse latéro utérine droite.

Col normal. Très vives douleurs dans le cul de sac postérieur.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche et grossesse de deux mois.

Intervention — le 31 Janvier 1928 (Drs Portes et François)

Compte-rendu opératoire — Laparotomie. Utérus gros comme de 6 à 8 semaines, légèrement rétrofléchi.

Kyste de l'ovaire gauche du volume d'une très grosse noix verte.

Annexes droites augmentées de volume accolées à la face post de l'utérus et du Douglas.

Ablation de l'ovaire gauche, la trompe étant laissée en place.

Libération des annexes droites.

Ligamentopexie — Doleris.

Examen histologique de la pièce — Le 22 Mars 1928, volumineux corps jaune circonservant une zone cicatricelle dont le centre a disparu. Le corps jaune est entouré lui-même par une écorce mince.

Suites opératoires — La malade a subi une série d'injections intermusculaires extrait de corps jaune pendant une semaine.

Compte-rendu de l'accouchement — Le 30 Septembre 1928. Accouchement normal à terme d'une fille pesant 3.710 grs.

Délivrance naturelle complète.

OBSERVATION N° 9 : La malade âgée de 22 ans et demi. Entre à la Clinique Baudelocque le 7 Juillet

1938, envoyée par le Dr Lacomme pour kyste de l'ovaire et gestation.

Antécédents — *Héréditaires* : Père et mère bien portants.

Physiologiques : Bien portante, opérée de l'appendicite en 1933.

Réglée à 12 ans, toujours comme il faut.

Dernières règles : fin Mai, commencement Juin 1938.

Examen — le 9 Juillet 1938.

Utérus gravidé de 2 mois environ, fortement dévié à gauche par une grosse masse occupant l'hémi bassin droit, cul de sac gauche sensible.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche et gestation de 2 mois environ.

Intervention — le 11 Juillet 1938 (Drs Lacomme, Mathieu)

Compte-rendu opératoire — Gros kyste interligamentaire de l'ovaire gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche porteur d'un corps jaune.

Utérus gravidé de 2 mois.

Suites opératoires — Morphine pendant les 10 jours qui suivent; en même temps injection d'extrait de corps jaune intramusculaire.

Le malade sort le 30 Juillet bien portante.

Compte-rendu de l'accouchement — Le 10 Février 1939, accouchement normal à terme d'un garçon. Délivrance naturelle complète.

B) 5 cas d'ovariotomies pratiquées entre les 2^e et 3^e mois de la grossesse aboutissant à l'accouchement normal à terme :

OBSERVATION N° 10 : Malade Th... âgée de 24 ans, consulte à la clinique Baudelocque pour des pertes rouges et des douleurs dans le bas ventre, et surtout du côté droit, le 11 Janvier 1922.

Antécédents — *Héréditaires* : Père et mère bien portants.

Physiologique : réglée à 15 ans, bien réglée toujours.

Première grossesse en 1920, évoluant à terme d'une fille. Dernières règles : fin Août 1921.

Examen — le 26 Janvier 1922.

Masse mobile oblongue de consistance de kyste.

Utérus gravidé de 3 mois 1/2.

Annexes gauches, accessibles hautes dans le Douglas.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit avec grossesse de 3 mois 1/2.

Intervention — Drs Portes et François.

Compte-rendu opératoire — Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire droit, utérus de 3 mois environ.

Suites opératoires — Normales, morphine pendant quelques jours.

Compte-rendu de l'accouchement — Accouché à Baudelocque le 30 Avril 1922. Accouchement normal à terme d'une fille pesant 3.480 grs.

OBSERVATION N° 11 : La malade K.. âgée de 31 ans. Entre à la Clinique Baudelocque le 1^{er} Janvier 1929 parce qu'elle se croit enceinte, et on lui avait trouvé à l'examen de la consultation externe une grossesse de 2 mois 1/2 et un kyste de l'ovaire droit.

Antécédents — Parents bien portants.

Réglée à 12 ans, régulièrement.

A eu 3 gestations antérieures : 1919, des jumeaux; 1921, grossesse à terme d'un garçon; 1922, grossesse à terme d'un garçon.

Dernières règles : du 4 au 8 Octobre 1929.

Examen — On trouve un utérus que déborde par son fond la symphyse pubienne de 2 travers de doigt, Latéralement, dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale on sent une masse arrondie grosse comme une mandarine extrêmement mobile dans tous les sens.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit et grossesse de 2 mois 1/2.

Intervention — le 15 Janvier 1929 (Drs Portes et François)

Compte-rendu opératoire — Laparotomie.

Paroi extrêmement mince peu musclée.

Utérus de 3 mois environ.

Masse ovarienne kystique droite arrondie du volume d'une mandarine, très adhérente à l'épiploon.

Ablation du kyste de l'ovaire en respectant la trompe.

Appendicectomie.

(On constate qu'il s'agit d'une ancienne spécifique qui a suivi plusieurs séries d'As. Hg. au début de la grossesse.

Compte-rendu de l'accouchement — Le 2 Juillet 1929.

Accouchement spontané à terme d'une fille pesant 3.240 grs.

OBSERVATIONS N° 12 : La malade S... âgée de 25 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 19 Février 1935 pour des douleurs dans le bas ventre, surtout à gauche.

Antécédents — *Héréditaires* : Parents bien portants.

Réglée à 13 ans, très irrégulièrement.

A eu 2 grossesses antérieures : la première à 20 ans, accouchement à terme d'un garçon bien portant; la deuxième aboutissant à un avortement spontané de 4 mois 1/2.

Dernières règles : du 10 au 22 Décembre 1934.

Examen — Utérus gravidé de 2 mois 1/2.

Une masse kystique latéro utérine gauche, du volume d'un petit citron.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche, et grossesse de 2 mois 1/2 environ.

Intervention — le 26 Février 1935 (Dr François).

Compte-rendu opératoire — Ablation des annexes gauches pour kyste de l'ovaire gauche du volume d'un petit coin allongé.

Suites bonnes.

Examen histologique de la pièce — Kyste Wolfien de la nature bénigne.

Compte-rendu de l'accouchement — Le 30 Septembre 1935 accouchement normal à terme d'une fille pesant 3.600 grs.

OBSERVATION N° 13 : La malade M... âgée de 23 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 15 Février 1937 pour des douleurs pelviennes au cours d'une grossesse de 3 mois 1/2.

Antécédents — Père mort à la guerre, mère bien portante, frère bien portant.

Premières règles à 12 ans, irrégulières, très douloureuses.

Une première grossesse en 1935, accouchement naturel à terme d'un garçon.

Examen — Utérus gros comme un utérus gravidé de 3 mois. Masse arrondie située dans la partie moyenne du flanc droit, nettement distincte de l'utérus mobile.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit et grossesse au 3^e mois.

Intervention — le 23 Février 1937 (Drs Portes et François)

Compte-rendu opératoire — Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une femme enceinte de 3 mois environ.

Appendicectomie.

Suites opératoires — Normales.

Compte-rendu de l'accouchement — Clinique Baudelocque le 8 Août 1937. accouchement normal à terme d'une fille pesant 4.000 grs.

OBSERVATION N° 14 : La malade B... âgée de 37 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 1^{er} Mai 1937 pour des douleurs dans la fosse iliaque gauche, tentatives syncopales depuis le mois de Mars, ces phénomènes coïncidant avec un retard des règles datant du 23 Février 1937.

Antécédents — Parents bien portants.

Première règles à 17 ans, normales.

A eu deux grossesses, la première en 1934, accouché à Beaujon d'un garçon bien portant; la deuxième accouché à Baudelocque d'une fille.

Mais il s'agit d'une malade soignée dans le service pour une spécificité ancienne.

Dernières règles : du 23 au 24 Février 1937.

Examen — Utérus gravidé en rétroflexion, rien aux annexes.

(R. Biologique : Lapine ++).

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit et grossesse de 2 mois 1/2.

Intervention — le 11 Mai 1937 (Drs Portes et François).

Compte-rendu opératoire — Utérus gravidé de 2 mois 1/2.

Ablation d'un kyste de l'ovaire droit et de la trompe droite du volume d'une grosse orange.

Appendicectomie.

Suite opératoires — Normales, morphine pendant 4 jours.

Compte-rendu de l'accouchement — Clinique Baudelocque le 6 Décembre 1937, accouchement spontané d'une fille pesant 3.560 grs.

Lorsque nous examinons l'ensemble de ces observations nous constatons:

1^e) Que les 14 observations d'ovariotomie au cours de la grossesse, dans 7 cas, la grossesse a été interrompue, et l'avortement s'est produit à une date assez variable après l'intervention. Dans 7 cas la grossesse a évolué jusqu'à terme.

Prenons la première série: OVARIOTOMIES PRATIQUEES ENTRE LES 2^e et 6^e MOIS DE LA GROSSESSE SE TERMINANT PAR L'AVORTEMENT.

On constate dans un premier groupe (GROUPE A) que l'intervention a été pratiquée au deuxième mois de la

grossesse: 3 cas, et que, dans deux d'entre eux, le corps jaune aurait été trouvé dans l'ovaire enlevé, sauf le 3^e où l'on n'a pas vérifié si l'ovaire enlevé contenait le corps jaune. Dans ces trois cas, l'avortement s'est produit dans un délai qui varie entre les 8^e et 21^e jour. Or, comme on l'a déjà montré les avortements liés à l'absence de corps jaune sont toujours tardifs, à l'apposé des avortements liés au traumatisme opératoire qui sont précoces.

Ces cas nous confirment certainement que le rôle du corps jaune au maintien de la grossesse serait évident surtout pendant les premiers mois.

Dans un deuxième groupe (GROUPE B) deux opérés au deuxième mois de la grossesse, l'avortement s'est produit entre les 3^e et 4^e jour de l'intervention; les corps jaunes n'ont pas été vérifiés dans les deux cas. Il est probable que, dans ce cas le rôle du traumatisme joue un grand rôle, ainsi que dans le troisième groupe (GROUPE C) où l'ovariotomie a été pratiquée entre le 2^e et le 5^e mois et où l'avortement s'est réalisé entre le premier et le septième jour; mais l'ovaire laissé en place contenait le corps jaune de grossesse.

Dans la deuxième série: OVARIOTOMIES PRACTIQUÉES ENTRE LE 2^e ET 3^e MOIS DE LA GROSSESSE ONT TOUTES ABOUTI A L'ACCOUCHEMENT :

Lorsqu'on analyse le premier groupe A de cette deuxième série, on constate que deux cas d'ovariotomies pratiquées après la 2^e mois de la grossesse, en ayant constaté que l'ovaire enlevé contenait le corps jaune de grossesse, l'accouchement a évolué à terme et pourrait dans une certaine mesure contester le rôle du corps jaune au cours de la grossesse, mais la difficulté d'établir d'une façon précise la date des dernières règles, si bien que le cas de la malade n°8, où les dernières règles dataient du 24 au 28 Novembre 1927, opérée le 31 Janvier 1928, et accouchée le 30 Septembre, c'est-à-dire 10 mois après les dernières règles. Dans ces 2 derniers cas, les suites opér-

ratoires ont été suivies des injections d'extrait de corps jaune pour suppléer la déficience hormonale du corps jaune enlevé.

Dans le deuxième groupe B, 5 ovariectomies pratiquées entre les 2^e et 3^e mois de la grossesse, nous montrent que, au fur et à mesure, que l'on s'éloigne du début de la grossesse, l'ovariectomie devient moins dangereuse et les risques d'avortement sont très minimes.

Enfin, comme nous l'avons vu dans le groupe C de la première série, l'ovariectomie a été pratiquée au deuxième mois, l'avortement s'est produit 8 jours après l'intervention, mais la malade a fait un hématome dans le Douglas, dans un cas; dans l'autre, une phlébite bilatérale. On s'est demandé si, dans les deux cas, un défaut *de hémostasie des pédicules* aurait été la cause de ces hémorragies, et si elle aurait pu être aussi la cause de l'avortement par compression de l'utérus ou infection.

CONCLUSIONS

Après notre long exposé clinique, et suivant les renseignements que l'expérimentation nous fournit, on peut conclure :

1° On doit rejeter les interventions systématiques des kystes de l'ovaire au cours de la gestation, surtout lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire diagnostiqué au début de la gestation, car l'expérience nous a bien montré qu'on ne gagne rien dans de telles opérations, puisqu'il existe un risque sérieux d'avortement post opératoire.

Par contre l'abstention opératoire n'entraîne aucun risque, à condition, bien entendu, que la femme soit soumise à une observation précise et soigneuse, dès l'instant où le kyste de l'ovaire a été reconnu.

La sagesse nous conseille de ne pratiquer l'ablation de ces tumeurs que lorsque l'intervention prend le caractère de véritable urgence chirurgicale, du fait des complications mécaniques ou infectieuses.

C'est en agissant de cette façon que les interventions diffèrent en principe, mais elles aboutissent à des résultats aussi favorables que les interventions systématiques, en évitant, ainsi, le risque d'avortement post opératoire.

2° Lorsque l'intervention est formellement indiquée, on aura soin de bien observer certaines règles essentielles. Il faut une intervention rapide et non traumatisante en rejetant toute technique qui exposerait l'utérus à des traumatismes longs et aveugles.

Il faut, donc, des incisions pariétales très larges pour voir clair. En ce qui concerne l'utérus, ne pas toucher cet organe lorsqu'il s'agit d'un kyste pédicule et libre, - au contraire l'extérioriser franchement, hors de l'abdomen, lorsqu'on est en présence d'un kyste pelvien ou enclavé.

Dans tous les cas, faire la ligature du pédicule ovarien, d'une façon très soignée.

Avant de pratiquer l'ablation du kyste, vérifier le corps jaune gravidique, en le respectant dans la mesure du possible. Ceci sera très facile quand le corps jaune siège sur l'ovaire sain, mais lorsqu'il siège dans l'ovaire kystique, se limiter à faire des resections du kyste en conservant la portion d'ovaire qui contient le corps jaune gestatif.

3° Dans le cas où l'ablation du corps jaune serait inévitable, il est de tout intérêt de le substituer après l'opération par l'hormone en injectant pendant longtemps, des doses massives de *progesterone* sans trop compter sur l'action de suppléance du placenta.

Vu: Le Doyen

Vu: Le Président
de Thèse:

LETTENEAU

Courtois

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

-
- Alfredo*, Ann. Braz. de Gynécologie 1937, 4, 568.
Anchebert, Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse.
Ask Upmark (E.), Act. Obs. Scand. 1929, 5, 211.
Barker, Thèse Montpellier 1931, 32.
Bernard, Thèse Paris, 1920.
Brindeau (A.) et Hinglais, C.R. Soc. de Biol. 1934, 125, 1509.
Brindeau (A.) et Hinglais, Presse Médicale 1934, 42, 1657.
Brouha et Kridelka (C.), Bruxelles Méd. 1934, 14, 742.
Bonin et Kridelka (C.), Bruxelles Méd. 1930, 113, 1160.
Cheval (M.), Bullet. Acad. Méd. Belge 1935, 283.
Courrier et Kehl, Algérie Médicale 1930, 1, 1.
Desclin (L.) et Brouha, C.R. Soc. Biol. 1931, 107, 895.
Forque, Paris Médical 1928.
Fiessinger et Moricard (R.), C.R. Soc. de Biol. 1934, 115, 1602.
Grosse, Annal. de Gynécol. et Obst. 1919.
Hartmann, Ann. Journal Physiol. 1925, 71, 436.
Herrick, Anat. Rec. 1928, 39, 193.
Keller (R.), Soc. d'Obs. et Gynéc. Strasbourg 1925.
Kestin, Thèse de Nancy 1931.
Lévy (L.), Thèse Médicale, Paris, 1931.
Laurente, Soc. de Gyn. et Obst. de Toulouse, 1927.
Macias de Torres, Archives Méd. de Barcelne 1933, 9, 325, 8.
Mac Kerron Rg. Pregnancy, Labour and child birth with ovarian tumour, Vol. London 1903.
Moulonguet (P.), Thèse médicale, Paris, 1923.
Milon (Mme), Thèse médicale, Paris, 1917.

- Niskoubina (N.)*, Thèse médicale, Nancy, 1909.
Parker, Journal Physiol. 1928, 65, 341.
Petit, Thèse médicale, Paris, 1918.
Puech et Vauvers, Ann. Gyn. et Obst. 1913.
Portes, Archevin et Robey, Rev. de Gyn. Obst. 1922.
Raynaud (M.), Thèse médicale, Alger, 1934.
Remy, Bulletin Soc. de Gyn. et Obst. 1922.
Rouville, Rev. Fr. de Gyn. et Obst. 1928, 7.
Salgado, Revue de Gynéc. Obst. 1936, 362, 365.
Shockaerts, Bruxelles Médical, Mars 1934, 9 596.
Scheckele, Gyn. et Obst. 1921, 170.
Symanovicz, Gyn. et Obst. 1922, 11, 405.
Vignes (H.) et Robey, Périodes de stérilité et fécondité physiologiques (Masson, éditeur, 1938).
Vinay, Nouvelles Arch. d'Obstr. et Gynec. 1893.
Weymestch (A.), Ann. et Bull. Soc. et Roy. Sciences Médico-Naturelles, Bruxelles, 1912, 70, 104.
Wemvarter (H.), Arch. Biol. 1908, 9, 24.
Wilson (K.M.), Ann. Journal Obst. et Gynéc. 1937, 34, 977.
-

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.....		BASSET.....	
AUBERTIN.....		BROCQ.....	
BRULÉ.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER.....	Clinique chirurgicale.
DONZELOT.....	Clinique médicale.	MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLÉRY.....			
RADOT.....			
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.